



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

**Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling – Bachelor
oppgave**

Emnekode: SYKHB3001

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 21.02.2014 kl 14.00

Kandidatnummer: 66

Antall ord: 7600

God omsorg til pasienter med demens



Foto: Privat

“Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert”

- Norsk sykepleierforbund, 2011

Høgskolen Stord/Haugesund, avdeling for Helsefag

Bachelorutdanningen i sykepleie, Kull 2011

Antall ord: 7600

Sammendrag

Bakgrunn for valg av tema:

En stor andel av Norges cirka 41 000 sykehjemspasienter er rammet av en demenssykdom. Gjennom flerårig arbeid innen helsesektoren har undertegnede ved flere anledninger sett behovet for økt kompetanse rundt demens som sykdom, og da spesielt når det kommer til effektiv smertelindring av denne pasientgruppen.

Problemstilling:

”Hvordan sikre smertelindring til personer med demens på sykehjem?”

Oppgavens hensikt:

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om smerter hos personer med demens og hvordan en kan sikre disse pasientene en tilfredstillende smertelindring.

Metode:

Elementer fra systematisk litteraturstudie er benyttet. Det er tatt utgangspunkt i pensumlitteratur og fag – og forskningsartikler som er funnet ved ulike søk i skolens helsefaglige databaser.

Resultat:

Sykepleiere i sykehjem har mangelfulle kunnskaper om smertekartlegging og smertelindring til pasienter med demens, noe som fører til feilaktig behandling av smerter til denne pasientgruppen. Svikt i de verbale kommunikasjonsevnene gjør selvrapporing av smerte vanskelig. Sykepleiere må øke sin kompetanse til å benytte observasjonsbaserte kartleggingsverktøy til pasienter med demens.

Oppsummering:

I samtlige av artiklene var det enighet om at personer med demens står i fare for å motta mindre smertelindring. Resultatene fra de nyere studiene kan imidlertid gjenspeile en økt bevissthet om smerte og smertebehandling hos personer med demens, selv om mange eldre mennesker fortsatt synes å motta utilstrekkelig smertebehandling. Studiene viser behov for økt kunnskap hos sykepleier om tolkning av smerteadferd og bruk av smertekartleggingsverktøy til pasienter med demens.

Summary

Chosen theme and background:

A large percentage of Norway's approximately 41,000 nursing home patients suffer from dementia. Through my many years of work within health care, I have on several occasions seen the need for greater expertise around dementia disease, and then especially when it comes to efficient pain relief in these patients.

Approach:

"How to secure pain relief to people with dementia in nursing homes?"

Purpose:

The purpose of the study is to increase the knowledge of pain in people with dementia and how we can ensure these patients efficient pain relief.

Method:

The method used is systematic literature review. Academic – and research articles from the schools databases for health research have been used as a foundation for discussion.

Results:

Nurses in nursing homes have insufficient knowledge about pain assessment and pain relief to patients with dementia, leading to improper treatment of pain in this patient group. Failure in the verbal communication skills do make selfreporting of pain difficult. Nurses must increase their expertise to use observational assessment tool for patients with dementia.

Summary:

The articles shared an agreement on that people with dementia are at risk of receiving less paintreatment. The results of the more recent studies can reflect an increased con-awareness about pain and pain management in persons with dementia, although many older people still seem to receive inadequate pain treatment. The studies show the need for increased knowledge among nurses regarding pain behavior and the use of pain assessment tools for patients with dementia.

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	6
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	6
1.2	OPPGAVENS PROBLEMSTILLING	6
1.3	AVGRENSING OG PRESISERING.....	7
1.4	BEGREPSAVKLARING	7
2.0	TEORIDEL.....	8
2.1	SYKEPLEIEFAGLIG PERSPEKTIV	8
2.1.1	<i>Martinsens omsorgsteori.....</i>	8
2.1.2	<i>McCormacks teori om personsentrert omsorg.....</i>	9
2.2	SMERTE.....	10
2.2.1	<i>Smarter hos eldre.....</i>	10
2.2.2	<i>Smertevurdering og kartlegging av smerte.....</i>	10
2.2.3	<i>Medikamentell behandling av smerte.....</i>	11
2.2.4	<i>Ikke-medikamentell behandling av smerte.....</i>	11
2.3	DEMENS.....	12
2.3.1	<i>Demens og kognitiv svikt.....</i>	12
2.3.2	<i>Symptomer på demens</i>	12
2.3.3	<i>Behandling.....</i>	13
2.3.4	<i>Kommunikasjonsvansker</i>	13
3.0	METODEDEL.....	14
3.1	LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	14
3.2	LITTERATURSØK	15
3.2.1	<i>Oppsett over søkeprosessen</i>	16
3.3	METODEKRITIKK	17
3.4	KILDEKRITIKK	17
3.5	ETIKK I OPPGAVESKRIVING	18
4.0	RESULTAT/FUNN	19
4.1	PRESENTASJON AV FORSKNINGSLITTERATUR	19
	<i>"Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer"</i> <i>av Lillekroken og Slettebø (2013)</i>	19
	<i>"Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment?" av Nygaard og Jarland (2005)</i>	19
	<i>"The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI): testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes" av Nygaard og Jarland (2006)</i>	20
	<i>"Pain Treatment in Elderly Persons With and Without Dementia" av Hausum, Fastbom, Fratiglioni, Kåreholt & Johnell (2011).....</i>	20
5.0	DRØFTING.....	21
5.1	SMERTELINDRING TIL PASIENTER MED DEMENS	21
5.2	HVILKE FAKTORER KAN PÅVIRKE SMERTELINDRING TIL PASIENTER MED DEMENS?	23
5.3	ERFARINGER FRA PRAKSIS.....	25
5.4	HVA KAN GJØRES FOR Å SIKRE SMERTELINDRING TIL PASIENTER MED DEMENS PÅ SYKEHJEM? 26	
6.0	KONKLUSJON	29

LITTERATURLISTE.....	31
<i>Vedlegg 1: CNPI</i>	37
<i>Vedlegg 2: Resultattabell</i>	38

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

De temaene som er gjennomgått ved sykepleiestudiet når over et bredt fagområde. I denne oppgaven vil temaet ”smertelindring til personer med demens” utdypes. Valg av fokusområde har sitt utgangspunkt i undertegnede s flerårige arbeid ved institusjoner for personer med demens. Her ser en tydelig behovet for økt kompetanse rundt demens som sykdom, smertelindring og smertekartlegging.

I følge Engedal og Haugen (2009, s.23) finnes det omlag 71 000 mennesker i Norge med demens i dag. Sosial – og helsedirektoratet (2007) skriver forekomsten av demens er stigende med økende alder, og siden gjennomsnittsalderen i befolkningen øker, forventes det kraftig vekst av antall innbyggere over 80 år. Dette vil igjen føre til at forekomst av demens i befolkningen vil øke. Det antas at antall mennesker med ulike demenslidelser sannsynligvis vil bli fordoblet i løpet av 35 år, og i følge Helse- og omsorgsdepartementet (2011) er dette en av de største omsorgsutfordringene vi står overfor som følge av økt levealder og endret alderssammensetning i befolkningen.

Det er lite fokus på demens og smertelindring gjennom sykepleierutdanningen, selv om det er stor sannsynlighet for at en vil møte denne problemstillingen når en skal ut i arbeid. Husebø og Sandvik (2011) skriver diagnosen demens er hovedårsaken til at nordmenn legges inn på sykehjem. Dette betyr at en stor andel av Norges cirka 41 000 sykehjemspasienter er rammet av en demenssykdom. Studier viser at 60-80% av sykehjemspasienter har smerter (Nygaard og Jarland, 2005), og at personer med demens er utsatt for å få mindre optimal smertebehandling enn andre i samme medisinske situasjon (Hølen, Kaasa, Loge, Møller & Saltvedt, 2005). Hensikten med denne oppgaven er nettopp derfor å få økt kunnskap om smertelindring til personer med demens, da det er et høyst aktuelt tema som vil gjøre seg enda mer gjeldende i årene som kommer.

1.2 Oppgavens problemstilling

”Hvordan sikre smertelindring til personer med demens på sykehjem?”

1.3 Avgrensning og presisering

I denne oppgaven har undertegnede valgt å forholde seg til pasienter med demens, og omtaler demens på et generelt grunnlag. Flere steder i litteraturen brukes begrepene kognitiv svikt og demens om hverandre selv om dette ikke går ut på det samme. Det er ikke alle som har kognitiv svikt som lider av en demenssykdom.

Oppgavens problemstilling er avgrenset til å gjelde på sykehjem. Når en person med en demensdiagnose har en så stor kognitiv svikt at sykehjemsinnleggelse er nødvendig, vil mest sannsynlig personens evne til å uttrykke seg verbalt være påvirket. Oppgavens fokus er derfor rettet mot pasienter som benytter seg av non-verbal kommunikasjon.

Det er flere faktorer som har betydning for velferden til pasienten med demens og påvirker en effektiv smertelindring, men på grunn av oppgavens omfang har undertegnede valgt å bare nevne de faktorene som undertegnede opplever som mest relevant for problemstillingen i oppgaven. Oppgavens omfang tillater ikke en grundig utredning av alle faktorer som spiller inn. Pårørende til personer med demens har ofte en avgjørende betydning i hverdagen, men på grunn av oppgavens omfang har undertegnede valgt å ikke fokusere på pårørende.

Undertegnede nevner smertekartlegging som et verktøy til å sikre effektiv smertelindring, men går ikke noe mer inn på de forskjellige smertekartleggingsskjemaene og bruken av disse. Det har heller ikke blitt satt fokus på noen spesifikke smerter, og smertelindring omtales også på et generelt grunnlag.

1.4 Begrepsavklaring

Demens: Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand (syndrom) som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredstillende måte sammenlignet med tidligere og endret sosial atferd. Redusert hukommelse må alltid være tilstede for at begrepet demens kan brukes, og svikten i evnene til å klare dagliglivets aktiviteter må relateres hukommelsesreduksjonen (Engedal og Haugen, 2009, s. 17).

Smerte: I følge Rustøen og Stubhaug (2010, s. 138) definerer The International Association for the Study of Pain (IASP) smerte som:

”en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade”.

Innenfor sykepleie fokuseres det ofte på den subjektive, personlige opplevelsen knyttet til smerte, og følgende definisjon blir anbefalt til bruk i klinisk praksis: ”Smerte er det som den personen som opplever den, sier at den er, og den eksisterer når den personen som opplever den, sier at den gjør det” (Rustøen og Stubhaug, 2010, s. 138).

Smertelindring: Min forståelse av begrepet smertelindring er reduksjon/fravær av smerte.

2.0 Teoridel

2.1 Sykepleiefaglig perspektiv

2.1.1 Martinsens omsorgsteori

I følge Martinsen (2003, s.69-73) er omsorg det mest naturlige og mest fundamentale ved menneskets eksistens. Hun fremhever tre aspekter ved omsorg:

Før det første er omsorgen relasjonell. Den vil alltid forutsette minst to parter. Den ene personen viser omtanke og bekymring for den andre, og ønsker å lindre hans smerte. Omsorg har med hvordan vi forholder oss til hverandre, hvordan vi viser omtanke for hverandre i vårt praktiske dagligliv.

For det andre er omsorgen praktisk. I omsorgsrelasjonen er det spørsmål om hvordan vi viser omsorg for hverandre gjennom konkrete og praktiske handlinger. I møte med den andre må vi forstå situasjonen som den andre befinner seg for å vite hva som vil være det rette å gjøre i akkurat denne situasjonen.

For det tredje er omsorgen moralsk. Det dreier seg om å handle uten å nødvendigvis vente noe tilbake. Det handler om å være hos den andre og sørge for den andre i hans situasjon, og en må verken overvurdere eller undervurdere hans evne til selvhjelpenhet. Det er å gi omsorg ovenfor ikke selvhjulpne mennesker, da deres velferd avhenger av det.

Martinsens tenkning har lagt premisser for både dansk og norsk sykepleieforskning og utvikling fra 1990-årene til i dag. Hennes utgangspunkt er at sykepleie kan foregå uten omsorg i et helsevesen som har behandling og uavhengighet som mål. Pasienter som ikke kan behandles, og som ikke blir uavhengige, får mindre hjelp. De svakeste svake lider mest og får minst omsorg. Martinsens vilje er god omsorg og like vilkår for alle (Knutstad, 2010, s.24).

Omsorgsarbeid i sykepleien er vesentlig rettet mot ikke selvhjulpne personer som er syke eller pleietrengende. Å møte den syke med omsorg gjennom omsorgsarbeidet innebærer en rekke forutsetninger som kunnskaper, ferdigheter og organisasjon. Faglig dyktighet forutsetter at fagkunnskaper og praktiske ferdigheter går sammen og blir en enhet (Martinsen, 2003, s.75).

2.1.2 McCormacks teori om personsentrert omsorg

I følge McCormack and McCance (2010, s. 1) har personsentrert omsorg en lang tilknytning til sykepleie, og handler om å:

- behandle mennesker som individer, med respekt for deres rettigheter som en person
- bygge gjensidig tillit og forståelse
- utvikle terapeutiske relasjoner

De skriver videre om fem perspektiver på omsorg: omsorg som en menneskelig egenskap, omsorg som et moralsk imperativ, omsorg som en følelse, omsorg som en mellommenneskelig samhandling, og omsorg som en terapeutisk intervensjon. Hver av disse perspektivene illustrerer kompleksiteten i omsorg som et konsept, og har fremdeles betydning for sykepleie i dag (McCormack and McCance, 2010, s.22).

Personsentrerte prosesser fokuserer på å levere omsorg gjennom en rekke aktiviteter og inkluderer: arbeid med pasienters tro og verdier, engasjement, ha sympatisk tilstedeværelse, dele beslutninger og å gi helhetlig omsorg (McCormack and McCance, 2010, s.36-37).

2.2 Smerte

En skiller gjerne mellom akutte og kroniske smerter. Akutt smerte oppstår vanligvis når vev blir skadet i forbindelse med sykdom, skader eller kirurgiske inngrep. Langvarige (kroniske) smerter kjennetegnes som smerte som vedvarer ut over den tilhelingstid som er vanlig etter en skade (Rustøen og Stubhaug, 2010, s. 360).

2.2.1 Smerter hos eldre

Smerte er et symptom som forekommer hyppig hos eldre. Risikoen for å få smertefulle kroniske sykdommer øker med økende alder, og skader som følge av fall er veldig vanlig i den eldre befolkningen og kan medføre både akutt og langvarig smerte. Undersøkelser viser at mange eldre ikke får tilfredstillende smertelindring. Dette gjelder særlig eldre med kognitiv svikt og personer som ikke kan formidle sin smerte (Bjørø og Torvik, 2010, s. 333). Om smertelindring til den eldre pasienten uteblir eller ikke er god nok, kan det ha alvorlige helsemessige konsekvenser.

I følge Bjørø og Torvik (2010, s. 335) viser studier at smerter hos eldre gir økt risiko for konsentrasjonsvansker, delirium, depresjon og søvnforstyrrelser. Eldre er også mer sårbare når det gjelder smertens innvirkning på liv og helse, da tilhelingen går langsommere enn hos yngre, noe som igjen fører til at det kan ta lengre tid før ømhet og sårhet går tilbake etter en skade. Smerte kan føre til tap av evnen til å utføre dagligdagse gjøremål, noe som vil medføre tap av selvstendighet. Dette vil igjen kunne virke inn på den eldres sosiale omgang med andre og redusere livskvalitet.

2.2.2 Smertevurdering og kartlegging av smerte

Kartlegging og vurdering av smerter er en viktig sykepleieoppgave og dessuten avgjørende for å kunne gi pasienten tilfredstillende smertelindring. For å gjøre det trenger en informasjon om smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon og varighet og hva den fører til av nedsatt funksjon (Berntzen, Danielsen og Almås, 2010, s. 362).

Vurdering og kartlegging av smerte hos eldre med demens er særlig utfordrende. Med sviktende språkevne blir det nødvendig å observere atferd som tegn på smerte. Utredning av somatisk sykdom og smertetilstander hos personer med demens er ofte krevende fordi symptomene er sammensatte og tvetydige. Pasienten kan noen ganger gi klart uttrykk for smerte,

mens andre ganger kan han si han har det bra eller at ropene hans bare er en vane. Å tolke og forholde seg til slike uttrykk er ikke enkelt. Det krever systematikk og grundighet. Symptom på og uttrykk for plager må ikke overses eller bagatelliseres, men tas på alvor og følges opp (Rokstad, 2005, s.45).

2.2.3 Medikamentell behandling av smerte

Legemidler som ofte brukes i smertebehandling hos eldre kan i følge Bjøro og Torvik (2010, s. 343) deles inn i fire grupper. Paracetamol, ikke-steroide anti-inflammatoriske midler (NSAID-preparater), opioide analgetika og andre legemidler med smertelindrende effekt. Ved medikamentell behandling av eldre bør den minst invasive og sikreste administrasjonsmåten som lindrer smerten, velges. En bør unngå å gi intramuskulære injeksjoner av analgetika til eldre da en redusert muskelmasse og redusert opptak av legemidler kan medføre forsinket og/eller forlenget effekt av injeksjonen, med fare for overdosering ved gjentatte injeksjoner.

Ved mild til moderat smertebehandling benyttes som regel paracetamol eller NSAID-preparater. Ved behandling av moderat til sterk smerte kan opioider brukes i tillegg. Økende alder medfører imidlertid endret følsomhet ovenfor legemidler som virker inn på sentralnervesystemet, slik som opioider gjør. For at sykepleier skal kunne ivareta denne oppgaven på en forsvarlig måte, forutsettes det at vedkommende har svært gode kunnskaper om legemidler (Bjøro og Torvik, 2010, s. 337-343).

2.2.4 Ikke-medikamentell behandling av smerte

Ikke-medikamentelle metoder bør brukes når det er mulig, eller i kombinasjon med medikamentelle tiltak. Ved å kombinere medikamentelle og ikke-medikamentelle metoder kan en oppnå økt effekt, samtidig som bruken av smertestillende legemidler kan reduseres. Pasientundervisning, kognitiv adferdsterapi, massasje, musikkterapi, fysisk aktivitet og trening, tekniske hjelpemidler og akupunktur er aktuelle metoder (Bjøro og Torvik, 2010, s. 345).

2.3 Demens

2.3.1 Demens og kognitiv svikt

Mange bruker begrepene kognitiv svikt og demens om det samme. Kognitiv svikt beskriver et funksjonstap som er oppstått på grunn av sykdom, ikke aldring, hvor en opplever svekket hukommelse og desorientering. Det er viktig å være klar over at begrepet kognitiv svikt ikke refererer til en spesiell sykdom, men til en følgetilstand av sykdom. Oftest er riktignok kognitiv svikt forårsaket av en sykdom som senere fører til demens og samtidig er kognitiv svikt det viktigste symptomet på demens (Engedal og Haugen, 2009, s.17).

2.3.2 Symptomer på demens

Engedal og Haugen (2009, s. 34) beskriver ulike typer demens og de ulike utviklingstrinn i demensforløpet vil gi forskjellige utslag i psykologisk, atferdsmessig og motorisk fungering. Grovt sett kan forandringene deles inn i tre hovedgrupper av symptomer; kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer.

Kognitive symptomer:

- svekket forståelse av handling i rom
- svekket oppmerksomhet, læringsevne, hukommelse, språkevne og svekkede intellektuelle evner
- apraksi
- handlingssvikt
- agnosi

Adferdsmessige symptomer:

- depresjon
- tilbaketrekning
- angst, panikkangst og katastrofereaksjoner
- vrangforestillinger, illusjoner og hallusinasjoner
- personlighetsendring
- rastløshet, motorisk uro og vandring

- apati og interesseløshet
- irritabilitet og aggresivitet
- repeterende handlinger
- forandret dagrytme

Motoriske symptomer:

- muskelstivhet
- styringsproblemer
- balansesvikt
- inkontinens

2.3.3 Behandling

Det finnes ingen behandling som kan helbrede demens, men behandling av fremtredende symptomer som hallusinasjoner, angst, vrangforestillinger, depresjon og aggresjon kan bedre funksjonsnivået. Kolinesterasehemmere (spesifikke legemidler mot demens) kan forsinke og i enkelte tilfeller bedre symptomene hos noen. God omsorg og tilrettelegging av sykepleie, livssituasjon, miljø og aktiviteter er de viktigste delene av behandlingen. Sykepleietiltak må tilpasses personligheten og mestringsnivået til hver enkelt pasient. Alle aktiviteter tar sikte på å gi mestringsopplevelser og hjelpe pasienten til å beholde sin verdighet. Grundig fagkunnskap og etisk refleksjon er nødvendig for å kunne yte god sykepleie til denne pasientgruppen (Berentsen, 2010, s. 372-382).

2.3.4 Kommunikasjonsvansker

Kommunikasjonsvansker og språksvikt blir etter hvert et merkant problem hos pasienter med demens. Kommunikasjonsprosesser forutsetter minst to parter. Når den ene parten faller ut, vil mye avhenge av hvorvidt den andre parten aktivt går inn for å forstå de mer tvetydige og usammenhengende signaler pasienten gir (Rokstad, 2005, s.45).

Når ordproduksjonen svikter og pasienten ikke greier å formidle synspunkter og opplevelser, blir han ofte fortvilet eller utålmodig. Frustrasjonen kan bli stor når pasienten har noe viktig å

meddele, og vedkommende kan bli irritert og utagerende. Ved misforståelser kan pasienten bli oppgitt, forvirret, irritert og sint. Når pasientene ikke oppfatter hva som forsøkes formidlet til dem, blir omgivelsene utrygge og uforutsigbare fordi orientering og trygging ved hjelp av det verbale språket ikke når frem (Rokstad, 2005, s. 82).

3.0 Metodedel

I følge Dalland (2012, s. 112) er metoden redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår. Dalland (2007, s. 83) skriver også at en metode kan være måten man går fram på for å finne nye kunnskaper og løsninger på et problem.

3.1 Litteraturstudie som metode

Metoden som skal benyttes for å svare på oppgavens problemstilling er systematisk litteraturstudie. En systematisk litteraturstudie defineres ved at den går ut fra et tydelig formulert spørsmål som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengstrøm, 2008, s. 31).

Forsberg og Wengstrøm (2008, s. 34) skriver videre at en litteraturstudie innebærer å utføre et systematisk søk, en kritisk vurdering av søket og et sammendrag av litteraturen innenfor et valgt emne eller problemstilling. Det systematiske litteraturstudiet bør fokusere på aktuell forskning på det valgte emne som fører til at en finner et beslutningsgrunnlag for klinisk virksomhet. Det finnes ingen grenser for hvor mange studier en kan ha med i en litteraturstudie, dette varierer ut ifra hvor mange studier forfatteren finner om emne som er valgt, og på krav som blir stillt på studiet som skal inkluderes.

Det å utføre en litteraturstudie er et arbeid som har flere trinn, som Forsberg og Wengstrøm (2008, s.35) lister opp slik:

1. Formulere et problem som sier noe om hvorfor studien blir utført
2. Formulere spørsmål som kan svares på
3. Formulere en plan for litteraturstudien
4. Bestemme søkeord og søkestrategi
5. Identifisere og velge litteratur i form av vitenskapelige artikler eller rapporter

6. Kritisk vurdere, kvalitetsbedømme og velge den litteraturen en ønsker å benytte i studien
7. Analysere og diskutere resultatet
8. Dra konklusjoner

3.2 Litteratursøk

Til oppgaven er det benyttet høyskolen sine helsefaglige databaser for å finne mest mulig relevant litteratur. Det er i hovedsak brukt CINAHL, da denne databasen i følge Helsebiblioteket (u.å.) inneholder sykepleierelevanter forskning. CINAHL har en del kvalitativ forskning og pasienterfaringer, og de fleste artiklene er engelskspråklige. Databasene SweMed+ og PubMed ikke gav resultatene ønsket for problemstillingen.

Søkeprosessen i CINAHL startet med navn på fagpersoner som driver med forskning som er relevant for oppgavens problemstilling. Det ble i søk 1 søkt på "Husebo" (3 treff) og i søk 2 "Nygaard" (13 treff). Deretter ble det søkt på begrepene i problemstillingen, søk 3 "demens" (3 treff), søk 4 "smertelindring" (1 treff), søk 5 "smerte" (1 treff) og søk 6 "sykehjem" (0 treff). Den lave treffraten viste fort at her ble det nødvendig med søkeord på engelsk. I søk 7 ble "dementia" (25, 944 treff) benyttet, søk 8 "pain treatment" (37,389 treff), søk 9 "pain" (118,439 treff) og søk 10 "nursing homes" (18,163 treff).

Oppgaven ønsket forskningslitteratur som er sykepleiefaglig relevant, og helst forskning med et nordisk perspektiv. For å avgrense søket og at søket skulle føre frem mot artikkler med størst relevans for oppgaven, ble det brukt inklusjonskriterier som en del av søkestrategien (Forsberg og Wengstrøm, 2008, s.90). Disse gikk ut på at forskningslitteraturen skulle ha relevans for sykepleiefaget, handle om smerter/smertelindring hos demente på sykehjem/i institusjon, den skulle være av nyere dato og helst være fra nordiske forfattere. Søkeordene som ble benyttet i søk 11 var "Dementia" + "pain" + "norway" (11 treff). I søk 12 ble ordene "pain" + "treatment" + "dementia" brukt, det gav 158 treff. For å kunne svare skikkelig på problemstillingen ble det søk 13 søkt etter kartleggingsskjema for smertemålinger på sykehjem, med søkeord som "checklist" + "dementia" + "nursinghome". Dette søket gav 29 treff, men resultatene var mindre tilfredsstillende, så i søk 14 ble søkeordene endret til "Checklist nonverbal pain indicators" + "nursing home" + "norway" (1 treff).

3.2.1 Oppsett over søkeprosessen

Tabell 1 - CINAHL

Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Husebo		3
S2	Nygaard		13
S3	Demens		3
S4	Smertelindring		1
S5	Smerte		1
S6	Sykehjem		0
S7	Dementia		25 944
S8	Pain treatment		37 389
S9	Pain		118 439
S10	Nursing homes		18 163
S11	Dementia + Pain	Norway	11
S12	Pain treatment	Dementia	158
S13	Checklist + dementia	Nursing home	29
S14	Checklist nonverbal pain indicators + nursing home	Norway	1

Fra CINAHL søk nr 3 ble artikkelen ” Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: Utfordringer og dilemmaer.” av Lillekroken og Slettebø (2013) valgt. Denne gikk igjen i resultatene fra søk 4 også. Fra søk 12 ble artikkelen ”Pain treatment in elderly with and without dementia” av Hausum et al.(2011) valgt, og i samme søk ble også artikkelen ” Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment?” av Nygaard og Jarland (2005) valgt. Fra søk 14 ble artikkelen ” The checklist of Non-verbal Pain Indicators (CNPI):testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes” av Nygaard og Jarland (2006) valgt.

3.3 Metodekritikk

Når prosessen med søk i de forskjellige databasene startet, var oppgavens problemstilling fremdeles under konstruksjon. Jeg bestemte meg tidlig for både tema og problemstilling, men problemstillingen er blitt modifisert etter hvert som søkene ble mer nøyatige. Tankene var innom både Travelbees menneske – til menneske forhold og Virginia Hendersons grunnleggende behovs teori før valget landet på Kari Martinsens omsorgsteori. Dette ble et enkelt valg da omsorg, forståelse, medmenneskelighet og det å se individet istedet for den syke pasienten er utrolig viktig i arbeid med personer med demens.

Før søkeprosessen skrev jeg ned passende søkeord til min problemstilling og arbeidet ut ifra det. Jeg brukte samme søkeord i flere databaser, men det var vanskelig å finne gode, relevante artikler til nettopp min problemstilling. De fleste artiklene jeg fant handlet enten om demens eller smertelindring, men utvalget var mindre når det kom til de to begrepene sammen. Etter mange søk i databaser fant jeg studier basert på smertelindring til pasienter med demens, både artikler som hadde et utenfra perspektiv og et pasientperspektiv, slik det var ønske om. Andre krav som ble satt til artiklene var at de ikke skulle være mer enn 10 år gamle, framstå som pålitelige og at studiene ble utført etter etiske krav til forskning (World Medical Association, 2013).

Fagstoff og pensumlitteratur benytter seg ofte av sekundærlitteratur. I følge Dalland (2007, s. 284) bør en som hovedregel benytte seg av primærkilden. Slik sikrer en seg best mot å arve andres feiltolkninger eller unøyaktigheter, men det er imidlertid ikke alltid en klarer å oppdrive primærkilden. Undertegnede har derfor prøvd å oppdrive primærkilder der det har blitt henvist til det, ved å søke i skolebibliotekets databaser, biblioteker og google. Det har stort sett lyktes å finne frem til primærkilden, men der hvor dette ikke har vært mulig har sekundærkilden blitt benyttet.

3.4 Kildekritikk

Alle artiklene jeg har valgt er godkjent av etisk komite. De er også publisert i store sykepleiefaglige tidsskrifter. De fleste tidsskrifter forventer at man kan godtgjøre at et forskningsprosjekt har vært godkjent av etisk komite før gjennomføring, for at man skal få publisert sine

resultater (Slettebø, 2008, s. 216). Artiklene er også sjekket opp imot ”sjekklister for vurdering av en randomisert kontrollert studie” og ”sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning” hentet fra kunnskapssenteret (2008).

3.5 Etikk i oppgaveskriving

I følge Olsson og Sørensen (2003, s. 56) må forskningen ikke utsette mennesker for fysisk eller psykisk ubehag eller smerte. Mennesker har rett til integritet og vern mot innsyn i sitt privatliv. Beskyttelses – eller vernekravet er motivert av generelle krav om respekt for enkeltmenneskets integritet. Forskningsetikk har også å gjøre med forholdet til opphavsmannen. Sitater og referanser må gjengis korrekt, en kan ikke gjøre seg til eier av en annen persons tekst (Olsson og Sørensen, 2003, s.61).

Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2013) er viktig innenfor all medisinsk og helsefaglig forskning, og er anbefalte retningslinjer for forskning som omfatter mennesker. Det er et viktig prinsipp som slår fast i Helsinkideklarasjonen: Hensynet til individet skal alltid gå foran hensynet til samfunns eller forskningsnytt. Hensynet til beskyttelse av forskningspersonen gjelder spesielt ved svake grupper som pasienter, barn, eldre og fanger (Slettebø, 2008, s. 208).

Hauvik (2012) skriver at forskning vedrørende pasienter med demens og deres sykdom er etisk utfordrende. Selv om man er enig om at det er nødvendig å lære mer om diagnosen, støtter man på flere etiske problemstillinger både før, under og etter gjennomføring av et forskningsprosjekt. Personer med en demensdiagnose betraktes som en sårbar gruppe i forskningsetisk sammenheng, og har i stor grad tidligere blitt neglisjert som forskningsdeltakere på grunn av den kognitive svikten som følger av sykdommen. Det å anta at personer med demens ikke kan delta i forskning bidrar til negative holdninger til dementes samtykkekompetanse, samtidig som det ekskluderer personer med en demensdiagnose fra muligheten til å delta i viktig forskning som de selv kan dra nytte av. Forskning som omfatter personer med en demensdiagnose er derfor veldig viktig, slik at deres stemmer kan bli hørt. På en annen side vil det sette dem og deres familie i en sårbar situasjon fordi sykdommen i så stor grad påvirker deres liv, samt truer deres identitet, autonomi og uavhengighet.

4.0 Resultat/funn

4.1 Presentasjon av forskningslitteratur

” Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer” av Lillekroken og Slettebø (2013)

Hensikt: Undersøke sykepleieres erfaring med smertekartlegging og smertelindring til pasienter med demens, og hvilke utfordringer dette gir sykepleier i den daglige omsorg for pasienten.

Metode: kvalitativ forskning er benyttet ved bruk av fokusgruppeintervjuer med sykepleiere ansatt ved geriatrike avdelinger ved to ulike sykehus og en respektiv skjermet enhet for personer med demens ved et kommunalt sykehjem. En semistrukturert intervjuguide ble benyttet.

Funn: sykepleierne må ta hensyn til en rekke forhold når de kartlegger og lindrer smerte hos pasientgruppen. 1. Pasientens høye alder, komorbiditet og polyfarmasi, 2. Rutiner for smertekartlegging og smertelindring og 3. Etske betraktninger ved behandling av pasientens smerte. Pasientenes individuelle forskjeller og behov for smertelindring ble fremskrevet som utfordrende, og oppfatningen var at smertekartleggingsinstrumenter ikke kan benyttes hos personer med demens. Opplæring i bruk av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy og kontinuerlig fokus på mulige smerter hos pasientgruppen vil øke sjansene for effektiv smertevurdering og smertelindring.

”Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment?” av Nygaard og Jarland (2005)

Hensikt: undersøke om sykehjemspasienter med demens eller kognitiv svikt får mindre tilfredstillende smertelindring, og hvordan sykepleierene vurderer smertene til pasientene ut i fra den diagnosen de har.

Metode: Kvantitativ forskning ved tverrsnittstudie er benyttet blandt 125 pasienter fra 3 ulike sykehjem.

Funn: Pasienter med diagnosen demens står i fare for å få mindre smertestillende medikamenter ved behov, enn hva pasienter som har kognitiv svikt eller som er kognitivt intacte. En årsak til dette var blant annet at pasienter med demens ikke får uttrykt smerte på samme måte som pasienter uten demens, dette gjelder spesielt pasienter med nedsett verbale kommunikasjon på grunn av kognitiv svikt. Angående fast medisiner var det ingen forskjell mellom gruppene. Det kom også fram av funnene at diagnosen demens i seg selv var med på å avgjøre hvordan sykepleiere tolket signaler fra disse pasientene. Klager fra pasientene ble i større grad tatt på alvor og reagert på når de kom fra pasienter uten en demensdiagnose.

” The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI): testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes” av Nygaard og Jarland (2006)

Hensikt: teste pålitelighet og gyldighet av observasjonsverktøyet CNPI i bruk til pasienter med kognitiv svikt og demens på norske sykehjem

Metode: Kvantitativ forskningsmetode er benyttet. 46 pasienters med en demensdiagnose eller kognitiv svikt fra 7 forskjellige sykehjem fikk atferd kartlagt sengeliggende, under morgenstell og ved mobilisering.

Funn: Undersøkelsen viser at CNPI er et enkelt og greit vurderingsverktøy som kan styrke helsepersonells mulighet til å tolke pasienter med alvorlig demens adferd og handle deretter. CNPI kommer med forklaring til hvert punkt (se vedlegg 1), som gjør det enkelt i bruk, noe som er viktig i den daglige praksisen.

” Pain Treatment in Elderly Persons With and Without Dementia” av Hausum, Fastbom, Fratiglioni, Kåreholt & Johnell (2011)

Hensikt: undersøke om personer med demens har like stor sannsynlighet for å motta medikamentell smertebehandling som personer uten demens, og om bruk av psykofarmaka er relatert til smerte hos personer med/uten demens.

Metode: Kvantitativ forskningsmetode er benyttet ved å analysere baseline data fra SNAC - K og i forhold til bruk av analgetika og psykofarmaka, forekomst av smerterelaterte diagnoser, selvrappert smerte og kognitiv status hos 2610 institusjonaliserte og hjemmeboende eldre i alderen > 65 år.

Funn: personer med demens rapporterte smerte sjeldnere enn personer uten demens. Personer med demens hadde en høyere sannsynlighet for bruk av paracetamol og psykofarmaka, mens det var ingen signifikante forskjeller i bruk av andre analgetika, opioider og NSAIDs.

5.0 Drøfting

5.1 Smertelindring til pasienter med demens

Norge får en betydelig økning i antall eldre fram mot år 2050. Tallet på eldre over 80 år vil bli fordoblet og kravene til avansert medisinsk behandling og pleie i sykehjemmene vil øke (St.meld.nr. 47 (2008–2009)). God omsorg og like vilkår for alle er ønskelig, men fortsatt viser gjennomgangen av helsetjenestene at det finnes pasientgrupper som kommer dårlige ut enn andre – pasienter med demens kan her nevnes som et eksempel.

I samtlige av artiklene var det enighet om at personer med demens står i fare for å motta mindre smertelindring. Nygaard og Jarland (2005) skriver at sykdommer som er forbundet med vedvarende smerter er utbredt hos eldre, og disse er hyppigere funnet hos sykehjemspasienter enn hos hjemmeboende eldre. 45-80 prosent av sykehjemspasienter klager over smerter. Rapporterte smerteproblemer reduseres med økende kognitiv svikt, men pasienter med alvorlig kognitiv svikt og andre kommunikasjonsvansker blir ofte ekskludert fra kliniske studier. Pasienter med demens har lett for å anses ute av stand til å kommunisere sine problemer og følelser på en adekvat måte, og utfallet blir dermed at sykehjemspasienter med nedsatt verbal kommunikasjon på grunn av kognitiv svikt har økt risiko for mangelfull smertebehandling.

Resultatene fra de nyere studiene kan imidlertid gjenspeile en økt bevissthet om smerte og smertebehandling hos personer med demens, selv om mange eldre mennesker fortsatt synes å motta utilstrekkelig smertebehandling. Haasum et al., (2011) skriver flere tidligere studier har vist at bruk av smertestillende midler er lavere blant personer med demens sammenlignet med personer uten demens, og at de derfor kan være i fare for å bli underbehandlet for smerte. Imidlertid har enkelte nyere studier ikke funnet en lavere bruk av smertestillende blant personer med demens, men at en høyere andel av denne pasientgruppen anvender paracetamol, mens det ikke var noen signifikant forskjell i bruk av opioide smertestillende midler og bruk av NSAIDs.

Den nyligste studien utført av Lillekroken og Slettebø (2013) viser at til tross for økende bevissthet rundt temaet smerte hos pasienter med demens, er smerte fortsatt undervurdert og underbehandlet hos pasientgruppen. Alle informantene i studien var enige om at selv om det å være sykepleier og jobbe med pasienter med demens var faglig spennende, var det også utfordrende med hensyn til smertekartlegging og smertelindring og stiller store krav til sykepleiernes vurderingsevne og kompetanse. De mente at eldre generelt, og spesielt eldre med demens, er en sårbar pasientgruppe når det gjelder medisiner. Pasientens comorbiditet og polyfarmasi påvirker smertelindring, og mange eldre med med kognitiv svikt har somatiske diagnoser og smertefulle tilstander som de får behandling for. Mange sykdommer samtidig kan komplisere pasientens sykdomsbilde. Pasientenes hjerneorganiske skader som medfører at pasientgruppen er utsatt for overbelastning av hjernen, er en utfordring. Medisiner, og spesielt smertestillende medisiner, kan ytterligere overbelaste pasientens hjerne, noe som kan resultere i alvorlige bivirkninger og som kan komplisere eller skjule pasientens symptom-bilde. Bivirkningene kan lett forveksles med symptomer ved alvorlig demens og det kan være vanskelig å skille fra psykiske symptomer. De fleste var enige i at kommunikasjonssvikt på grunn av demenssykdommen kan føre til at pasientene ikke kan verbalisere sin smerte og dermed stå i fare for å kunne bli under-, over- eller feilmedisinert (Lillekroken og Slettebø, 2013).

Haasum et al., (2011) finner de samme utfordringene i forhold til mistolkning /forveksling av symptomer og skriver at personer med demens kan ha vansker med å verbalt kommunisere sin opplevelse av smerte, og i stedet uttrykke det i atferdsmessige symptomer. Derfor kan smerte hos personer med demens gå ubemerket eller feiltolkes, noe som kan føre til feilaktig behandling, for eksempel med psykofarmaka.

Sykepleierne er helsepersonellet som har best forutsetninger for å gjenkjenne hvordan pasienten med demens kan uttrykke smerte og hvordan smerten kan vurderes og tolkes. Smertelindring til denne pasientgruppen avhenger av at andre vurderer deres smerteytringer og handler i forhold til det. Det er sykepleierens oppgave å identifisere smertetilstander, iverksette aktuell behandling og vurdere effekten. Det tilsier at sykepleier må ha gode kunnskaper om demens, smerte, smertekartlegging og behandling (Galek og Gjertsen, 2011).

5.2 Hvilke faktorer kan påvirke smertelindring til pasienter med demens?

Årsakene til at pasienter med demens er utsatt for utilstrekkelig smertelindring råder det enighet om i samtlige av artikkelen. Faktorene som nevnes er kommunikasjonsproblemer i forhold til pasientenes kognitiv svikt, utilstrekkelig smertevurdering, mangelfull kunnskap hos sykepleier om smertekartlegging og smertevurdering, feilaktig behandling med psykofarmaka og bekymringer for bivirkninger og polyfarmasi hos den eldre pasienten (Nygaard og Jarland, 2005, Nygaard og Jarland, 2006, Haasum et al., 2011, Lillekroken og Slettebø, 2013).

Polyfarmasi øker faren for bivirkninger og legemiddelinteraksjoner hvor den mest vanlige er at legemiddelet kan gi en sterkere effekt enn ønsket. Spesielt sees dette ved administrasjon av smertestillende som kan øke grad av forvirring og ytterligere svekke pasientens kognitive funksjon. Dette kan forklare hvorfor deltakerne i studien til Lillekroken og Slettebø (2013) kunne virke restriktive med hensyn til å administrere smertestillende til pasienter med demens.

Samtidig har en som sykepleier ansvar for å yte omsorgsfull hjelp, jfr. Helsepersonellovens § 4, krav til faglig forsvarlighet. (2013). Pasienter med demens har samme krav til omsorgsfull hjelp som andre pasientgrupper, og smertelindring anses som omsorgsfull hjelp. Sykepleierne har derfor ansvar for smertevurdering, administrere tilstrekkelig mengde smertestillende og se etter tidlige tegn på bivirkninger slik at de ikke blir for stor belastning for den gamle pasienten (Ranhoff, 2010, s. 80-81). Dette understreker også Verdighetsgarantien (Helse – og omsorgsdepartementet, 2010) som har til formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom.

Som sykepleiere har vi et overordnet ønske om at pasienter skal få en standard av omsorg som gjenspeiler prinsippene personsentrert omsorg er bygget på. Det gode utfallet av å gi

omsorg basert på en filosofi om personsentrering er ubestridelig, men å utføre det i den daglige praksis kan være utfordrende (McCormack and McCance, 2010, s. 1).

Lillekroken og Slettebø (2013) skriver at de fleste pasientene har et komplisert sykdomsbilde med smerteproblematikk hvor multimedisinerer kan bidra til å forverre pasientens tilstand. Dette kan bli problematisk dersom sykepleierne ikke kjenner til hva demenssykdommen i sin utvikling kan føre til og ikke kan skille mellom atferdsendringer hos pasienten på grunn av demens eller på grunn av akutt oppstått sykdom. All behandling må igangsettes på bakgrunn av en systematisk kartlegging av den gamle pasientens tilstand.

Vurdering og kartlegging av smerte hos eldre med demens er særlig utfordrende. Med sviktende språkevne blir det nødvendig å observere atferd som tegn på smerte, og det er i de senere årene utviklet flere skjemaer for kartlegging av smerte hos eldre uten evne til uttrykke seg verbalt. Blandt disse finner en observasjonsverktøyet ”The Checklist of Nonverbal pain indicators” som er oversatt til norsk og utprøvd i forhold til pålitelighet og gyldighet på norske sykehjem av Nygaard og Jarland (2006). Smerteskalaen, som er et observasjonsverktøy, er en modifisert versjon av University of Alabama Pain Behavior Scale. Verktøyet inneholder seks atferder som ofte anses å være assosiert med smerter hos personer med demens: vokalisering, grimaser, avstiving, rubbing, rastløshet og verbale klager. Verktøyet skal benyttes både i hvile og ved bevegelse. De fleste pasientene led av kroniske smerter, hvor symptomene kan variere fra dag til dag. Dette kan være en av årsakene til variasjonen i registrert smerteatferd hos den enkelte pasient. Imidlertid er ansattes manglende evne til å vurdere adferdssymptomer riktig trolig en større påvirkende faktor. Undersøkelsen viser at CNPI er et enkelt og greit vurderingsverktøy som kan styrke helsepersonells mulighet til å tolke pasienter med alvorlig demens adferd og handle deretter. CNPI kommer med forklaring til hvert punkt (se vedlegg 1), som gjør det enkelt i bruk, noe som er viktig i den daglige praksisen.

Sykepleiere har en nøkkelfunksjon i å identifisere og behandle smertefulle tilstander hos sykehjemspasienter. Nygaard og Jarland (2005) skriver at bortsett fra de forskjellige evner den enkelte sykepleier har til å observere, kartlegge og effektivt lindre smerte, er problemer med å anvende kunnskap og tolkning av informasjon en barriere for effektiv smertebehandling i sykehjem. Det kom frem av deres studie at diagnosen demens i seg selv var med på å avgjøre hvordan sykepleiere tolket signaler fra denne pasientgruppen. Klager fra pasientene ble i større grad tatt på alvor og reagert på når de kom fra pasienter uten en demensdiagnose.

Det er umulig å etterprøve og verifisere holdbarheten i pasientens opplevelse av smerter. Uten målbare tegn på smerter kan sykepleieren egentlig ikke vite om pasienten har smerter eller om han simulerer. Sykepleier må derfor aktivt prøve å akseptere at det i dette tilfellet ikke er sykepleier, men pasienten selv som er autoriteten, sykepleier har bare valget mellom å ha tillit til eller å tvile på pasientens opplevelse. Hvis en tviler på pasientens utsagn, eller ikke registrerer pasientens uttrykk for smerte, kan sykepleieren fungere som en effektiv bremsekloss i smertebehandlingen (Berntzen, Danielsen og Almås, 2010, s. 356).

Rognstad og Nåden (2011) skriver at for å oppleve verdighet må en bli behandlet med verdighet av andre. Beskrivelser av maktbruk i forskjellige pasientrelasjoner fører til ettertanke og usikkerhet, noe som kan forstås i lys av manglende spesialkompetanse. Personale med spesialkompetanse kan være veiledningsressurs i utøvelse av omsorg til pasientene. Å kunne opprettholde pasienters verdighet i situasjoner der de slår, spytter og klyper, er utfordrende og vanskelig. Dette er i tråd med det overordnede etiske idealet om å gi omsorg betingelsesløst.

Denne atferden som er beskrevet skaper utfordringer i pasientomsorgen. Det kreves høyfaglig kompetanse av personalet for at pasientene skal bli hjulpet på en etisk og kyndig måte. St. meld. nr 25 (2005-2006) slår fast at kvaliteten på omsorgstilbud prøves mellom ansatte og den enkelte pasient. God kvalitet på omsorg sikres gjennom faglig kompetente medarbeidere. Lov om Pasientrettigheter, kap. 4A (2013) stiller krav til hvilke vurderinger som må foretas for å avgjøre når det er riktig å bruke tvang mot urolige og uklare pasienter. De nevnte dokumenter er klare og konsise med henhold til krav til kompetanse hos personalet som gir omsorg til pasienter med demenssykdom.

5.3 Erfaringer fra praksis

Som omsorgsarbeider og nattevakt ved en boenhet for personer med demens har undertegnede mange års erfaring fra arbeid med denne pasientgruppen. Flere av beboerne har en utagerende adferd, og samtlige har en stor svikt i den verbale kommunikasjonsevnen. ”Kari” er en av beboerne. Kari sier aldri direkte at hun har vondt, men en kan tydelig se smerteadferd hos henne ved bevegelse og i stell. Hun kan gjøre mye selv, med tilrettelegging. Uten tilrettelegging mister hun tråden i hva det er hun skal utføre, og responderer med frustrasjon og utagerende adferd i form av spark og slag til inventar, ukvemsord og uttrykk og spyting. Tilretteleggingen kan f.eks være å finne frem tannkost og ta på tannkrem, så pusser hun tennene selv uten problemer. Det at pasienten forholder seg rolig gjør det mulig for oss å kunne observere

henne i forhold til smerter i stellsituasjon uten utagerende adferdssymptomer som skygger over smertesymptomene. Når hun får gjennomført kveldsstellet uten videre problemer forholder hun seg rolig og en kan spørre henne konkrete spørsmål som ”har du vondt?” og ”ønsker du smertestillende før du legger deg?”. Hadde Kari vært i en aggitert tilstand hadde ikke dette vært mulig, og Kari hadde ikke tatt smertestillende. Det igjen hadde resultert i at hun, på grunn av smerter, hadde gått oppe store deler av natten i frustrasjon og forstyrret nattesøvnen både for seg selv og medbeboere. Det at en kan snu hele denne pasientsituasjonen fra noe negativt til positivt bare ved å tilrettelegge for pasienten, viser at omsorg er et mål i seg selv.

I debatten om egenomsorg og selvstendighet som mål for sykepleien hevder Martinsen at mange pasienter aldri blir bedre eller selvstendige – heller motsatt: De blir dårligere og mer avhengige av hjelp. Det er derfor tyngde i hennes argumentasjon om at egenomsorg og selvstendighet ikke kan brukes som overordnede mål, fordi store pasientgrupper da faller utenfor. Martinsen har vist oss gjennom sine arbeider at avhengighet og relasjoner er noe allmennekkelig og ikke mindre verdt enn uavhengighet og selvstendighet. På den annen side er egenomsorg også svært viktig som mål, selv om det ikke kan være overordnet for alle (Knutstad, 2010, s.196).

5.4 Hva kan gjøres for å sikre smertelindring til pasienter med demens på sykehjem?

Med bakgrunn i den kommunale helse- og omsorgstjenestens personellutfordringer er det utarbeidet en ny kompetanse- og rekrutteringsplan, kompetanseløftet (Helse – og omsorgsdepartementet, 2013). Planen er en del av Omsorgsplan 2015 i St.meld. nr 25 (2005-2006), og har blandt annet til formål å sikre tilstrekkelig kompetent arbeidskraft i helse- og omsorgstjenesten. Kada, Nygaard, Mukesh, & Geitung (2009) skriver at ansatte som har tilstrekkelig kunnskap om demensomsorgen ikke bare fremmer kvalitet på omsorgstjenestene, men det fremmer også positive holdninger. Mens negative holdninger fokuserer på pasientenes mangler og nederlag, har positive holdninger fokus på pasientens evner, noe som er avgjørende for å sikre en høy kvalitet på pleie og velvære for personer med demens. Disse holdningene fører til atferd som øker pasientens tilfredshet og fremmer deres helse og psykisk velvære.

Det er i følge Kada et al., (2009) et faktum at ansatte som er involvert i den praktiske omsorgen for mennesker med demens i sykehjem har varierende grad av utdanning, fra sykepleiere med spesialutdanning til pleieassistenter uten noe formell kompetanse innen eldreomsorgen. Ferdigheter og kunnskaper i eldreomsorg har blitt mindre vektlagt her enn i andre områder, noe som resulterer i ansatte som ikke klarer å sette pris på utfordringene som er knyttet til omsorg for denne pasientgruppen. Ansatte med ingen eller begrenset erfaring som skal forholde seg til pasienter med demens vil sannsynlig finne situasjonen svært utfordrende og personalets negative holdninger mot demens kan være et hinder for å yte bedre omsorg for pasienter som lider av denne sykdommen. Gjennom kompetanseløftet (Helse – og omsorgsdepartementet, 2013) ønsker en å øke andelen med høgskoleutdanning og videreutdanningstilbud innen geriatri, demens, veiledning og rehabilitering. Dette vil være med på å styrke kompetansen og bidra til å stabilisere personellsituasjonen.

Kompetanse relateres ikke bare til teknisk evne, men også til emosjonell intelligens og lederegenskaper som gjør enkeltpersoner i stand til å jobbe i komplekse helsemiljøer. Godt utviklede mellommenneskelige ferdigheter er vesentlig for utviklingen av terapeutiske relasjoner, og spiller en viktig rolle i det å kunne arbeide personsentrert. Det å avklare verdier og overbevisninger og å kjenne seg selv er i hjertet av personsentrert omsorg, og legger et ansvar på sykepleiere, ikke bare om bli kjent med pasienten, men også å gjenkjenne hva de selv bringer med seg inn i relasjonen (McCormack and McCance, 2010, s. 60).

I arbeid med pasienter med svake eller svekkede kognitive evner påhviler det hjelperen et særlig relasjonsetisk ansvar. Det er viktig for hjelperen å tone seg inn på den andre, ta utgangspunkt i den andres oppmerksomhetsfokus og å anvende bekreftende kommunikasjonsferdigheter. Bekreftende kommunikasjon og anerkjennelse ansees som særlig viktig, gjerne i form av validering (Eide og Eide, 2011, s. 382).

I følge Martinsen (2003, s. 71) er det god omsorg og ha kompetanse til å kunne forstå situasjonen som den andre befinner seg i for å vite hva som vil være det rette å gjøre i akkurat denne situasjonen. Dementia Care Mapping (DMC) er et observasjons- og evalueringsverktøy utviklet på bakgrunn av feltstudier på britiske sykehjem og tar sikte på å bedre behandling og omsorg til personer med demens gjennom kartlegging av konkret praksis med etterfølgende tilbakemelding til personalet. Metodens grunnlegger, professor Tom Kitwood, beskrev metoden som et seriøst forsøk på å innta perspektivet til personen med demens, altså personorientering, ved å bruke en kombinasjon av empati og observasjonsferdighet. Dette innebærer em-

patisk innleving i pasientens mulige opplevelse i konkrete situasjoner, basert på observasjon (Rokstad og Vatne, 2005).

Lillekroken og Slettebø (2013) skriver at det i den siste tiden har pågått mye forskning for å utvikle valide og reliable standardiserte smertekartleggingsinstrumenter som med fordel kan brukes til å vurdere smerte hos geriatriske pasienter og hos pasienter med demens. I studien de gjennomførte var det ingen av deltakerne som hadde kunnskap om og kjennskap til observasjonsbaserte smertekartleggingsinstrumenter. I følge ICNs yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2011) skal sykepleiere holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis.

Samtlige av artikkelen viser at smertekartlegging og smertelindring er vanskelig hos pasienter med demens (Nygaard og Jarland, 2005, Nygaard og Jarland, 2006, Haasum et al., 2011, Lillekroken og Slettebø, 2013). Helsetjenesten skal ha fokus på kvalitet, og alle pasienter har rett til å få lindret smertene sine. Dermed er kartlegging av smerter hos denne pasientgruppen et viktig satsingsområde i norske sykehjem. Systematisk kartlegging øker kommunikasjon og samhandling om smertelindring i personalgruppen, og gjennom utprøving og erfaring vil personalet få økt kompetanse i smertelindring for pasienter med demens, noe som vil sikre dem et verdig liv og en bedre avslutning på livet. Men kartleggingsverktøy gir ikke en enkel løsning på et mulig smerteproblem, og det er viktig at pasienten utredes videre hvis et smerteproblem avdekkes (Galek og Gjertsen, 2011).

Behandling, pleie og oppdragelse er alle uttrykk for omsorg i en yrkessammenheng. Men for at de skal kunne kalles omsorg, må de være kjennetegnet av omsorgens kvaliteter. Omsorg dreier seg både om de konkrete handlingene som blir utført, og om måten de blir utført på. Pasienter er avhengige av helsepersonell som kan utføre de riktige handlingene på en god og riktig måte (Alvsvåg, 2010, s. 418).

Alvsvåg (2010, s. 448) skriver at samfunnsskapt strukturelle ordninger, som mangel på personale, trang økonomi og mangel på institusjonsplasser, gir mange begrensninger i det daglige. Omsorgsmulighetene blir lettere innenfor en omsorgsstat, som Martinsen (2003, s.62) omtaler slik:

For skal samfunnet bli slik at alle skal ha samme muligheter til å leve det beste liv de er i stand til, må vi selv være med på å forme velferdsstaten til en omsorgsstat. Omsorgsstat

er ikke formynderstat, heller ikke samfunnets passive og forlengede arm. Omsorgsstaten eksisterer bare i den grad vi kjemper for dens eksistens. Vi må selv forme den: gjennom solidaritet, gjennom moralsk forsvarlige handlinger, gjennom kamp for større likhet, for fellesskap og sosial integrasjon.

Også McCormacks egenomsorgsteori understøtter det at for å kunne ta felles beslutninger og arbeide etter prinsippene i personsentrert omsorg er en avhengig av at systemer og prosesser er på plass, og at disse legger til rette for en dialog mellom de involverte i omsorgsrelasjonen (McCormack and McCance, 2010, s.36-37).

6.0 Konklusjon

Smerter er en vanlig lidelse hos eldre personer i sykehjem, og majoriteten av sykehjemspasientene lider av en demens i variende grad. Forskning viser at pasienter med demens opplever like mye smerter som kognitivt friske pasienter, men på grunn av den kognitive svikten og nedsatt evne til verbal kommunikasjon får ikke denne pasientgruppen formidlet sine smerter i like stor grad som kognitivt friske pasienter. Dette kan føre til underbehandling eller feilbehandling av smertene, og skape unødvendig lidelse for pasientene. Sykepleierens kunnskap om pasienten og hans situasjon har store konsekvenser for hvordan sykepleier møter pasienten. Et positivt menneskesyn og gode holdninger er fundamentalt for å bygge gode relasjoner. Pasientgruppen har behov for god omsorg i form av tilrettelegging av oppgaver, tilpasset kommunikasjon, forståelse for sin situasjon og en verdig behandling. Dette for å tilrettelegge forholdene for å gi et bedre grunnlag for observasjon og kartlegging av smerte uten adferdssymptomer som skygger over for smertesymptomene og gir en feilaktig vurdering. Forskningsartiklene jeg har valgt viser at pasienter med demens står i fare for å få mindre tilfredstillende smertelindring enn andre pasienter i samme situasjon, til tross for at det i nyere tid har vært større fokus på smertevurdering og smertelindring til denne pasientgruppen. Studiene viser behov for økt kunnskap hos sykepleier om tolkning av smerteadferd og bruk av smertekartleggingsverktøy til pasienter med demens for å unngå unøyaktig smertevurdering som resulterer i feilaktig behandling med blandt annet psykofarmaka. Lillekroken og Slettebø (2013) konkluderer i sin studie med at det er behov for mer forskning om strategier for og implementering av observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy. Det trengs også mer kvalitativ forskning for å identifisere sykepleierens spesifikke behov for kunnskap om demens-

sykdommer og samhandling og smertelindring hos pasienter med demens, og undertegnede deler dette synspunktet.

Litteraturliste

Alvsvåg, H. (2010). I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk i sykepleie: Sykeplei eboken 2* (s.417-450) (3.utg.). Oslo: Akribe AS

Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. I: H, Almås, D.G, Stubbe rud & R, Grønseth. (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s.355-398) (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bjøro, K. & Torvik, K. (2010). Smerte. I: M, Kirkevold, K, Brodtkorb & A.H, Ranhoff. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s.333-349). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, H. & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Engedal, K. & Haugen, P.K. (2009). *Demens: Fakta og utfordringer* (5.utg.). Tønsberg: Aldring og helse.

Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (2.utg.). Stockholm: Författarna och bokförlaget Natur & Kultur.

Galek, J. og Gjertsen, M. (2011). Får bedre smertebehandling. *Sykepleien 2011* 99(13):62-64
DOI: 10.4220/sykepleiens.2011.0194

Hausum, Y., Fastbom, J., Fratiglioni, L., Kåreholt, I., & Johnell, K. (2011). Pain Treatment in Elderly Persons With and Without Dementia. *Drugs & Aging*, 28(4), 283-293.
doi:10.2165/11587040-000000000-00000.

Hauvik, S. (2012). Etisk utfordrende å forske på demens. *Sykepleien 2012* 100(14):65-67
DOI: 10.4220/sykepleiens.2012.0150.

Helsebiblioteket. (u.å.) Databaser. Hentet 16. januar 2014 fra
<http://www.helsebiblioteket.no/databaser>

Helse – og omsorgsdepartementet (2013). *Kompetanseløftet 2015*. Hentet 06. februar 2014 fra
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/omsorg/kompetanseloftet-2015.html?id=439259>

Helse – og omsorgsdepartementet.(2011). *Demensplan 2015 – “Den gode dagen”*. Hentet 10. januar 2014 fra
http://www.regjeringen.no/pages/35878701/demensplan_2015.pdf

Helse – og omsorgsdepartementet. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)*. Hentet 13. februar 2014 fra
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/lover_regler/forskrifter/2010/Forskrift-om-en-verdig-eldreomsorg-verdighetsgarantien.html?id=624655

Helsepersonelloven. (2013). *Lov om helsepersonell m.v. av 02. juli 1999 nr 64*. Hentet 11. februar 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1986-02-28-8>

Husebø, B.S. & Sandvik, R.K. (2011). Måler smerte hos personer med demens. *Sykepleien*, 2011 99(11):62-64. DOI: 10.4220/sykepleiens.2011.0162.

Husebø, B.S. (2009). Smerteevaluering ved demens. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* nr. 19, 2009; 129: 1996–1998. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2009/1996-8.pdf>

Hølen, J.C. , Kaasa, S., Loge, J.H., Møller, S.S., & Saltvedt, I. (2005). Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* nr. 13-4, 2005; 125: 1838–1840.

Jarland, M. & Nygaard, H.A. (2005). Kroniske smerter hos sykehjemspasienter – selvrapporing og sykepleiers vurdering. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, nr. 10, 2005; 125: 1349 – 1351.

Kaasa, S. (2007). *Palliasjon: Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kada, S., Nygaard, H., Mukesh, B., & Geitung, J. (2009). Staff attitudes towards institutionalised dementia residents. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(16), 2383-2392. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02791.x

Knutstad, U. (2010). I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk i sykepleie: Sykepleie boken 2* (s.19-25) (3.utg.). Oslo: Akribe AS

Knutstad, U. (2010). I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk i sykepleie: Sykepleie ebogen 2* (s.194-213) (3.utg.). Oslo: Akribe AS

Kunnskapssenteret. (2008, 14. mai). *Sjekklister for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 25. januar 2014 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktøy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: Utfordringer og dilemmaer. *Vard i Norden*, 33(3), 29-33.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget

McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing: Theory and Practice*. Oxford: John Wiley and Sons Ltd.

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nygaard, H.A. & Jarland, M. (2006). The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI): testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes. *Age & Ageing*, 35(1), 79-81.

Nygaard, H.A. & Jarland, M. (2005). Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment? *International Journal Of Geriatric Psychiatry* 2005; 20: 730–737. DOI: 10.1002/gps.1350

Olsson, H. & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven (2013). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 02. juli 1999 nr. 63*. Hentet 11. februar fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Ranhoff, A.H. (2010). Den gamle pasienten. I: M, Kirkevold, K, Brodtkorb & A.H, Ranhoff. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s.75-86). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Rognstad, M.K. & Nåden, D. (2011). utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – Pleiers perspektiv. *Nordisk Sykeplejeforskning* · Nr. 2 , 2011; VOL. 1, Side 143–155, ISSN 1892-2678.

Rokstad, A.M.M & Vatne, S. (2009). Dementia care mapping – en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning – nr. 2 – 2009*, 5 årgang, 46-61.

Rokstad, A.M.M. (2005). *Kommunikasjon på kollisjonskurs: Når atferd blir vanskelig å mestre*. Tønsberg: Aldring og helse.

Rustøen, T. & Stubhaug, A. (2010). I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (s.137-181) (3.utg.). Oslo: Akribe AS

Slettebø, Å. (2008). Forskningsetikk. I: B.S. Brinchmann. (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 207-224) (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sosial – og helsedirektoratet (2007). *Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet for personer med demens.* (15-1486).

Oslo: Sosial – og helsedirektoratet. Hentet fra

http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/ShDir_DemensRapport_KO

[RR4.pdf](#)

St. meld. nr 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening – Framtidens omsorgsutfordringer.* Hentet fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25->

[2005-2006-.html?id=200879](#)

St.meld.nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Hentet fra

<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDDPDFS.p>

[df](#)

World Medical Association (2013). *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.* Hentet 19. januar 2014 fra

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Vedlegg 1: CNPI

Pasient

Registrert av: sykepleier Hjelpepleier Annet

Checklist of Nonverbal Pain Indicators (Feldt KS. Pain Management Nursing 2000;1:13-21)

Instruksjon: 0 poeng dersom atferden ikke er observert og 1 poeng dersom atferden ble observert (selv om den bare var tilstede for et kort øyeblikk ved bevegelse/aktivitet eller i hvile/ro). Summen

Totalsummen

Der er ingen

Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)

(Feldt KS. Pain Management Nursing 2000;1:13-21)

Instruksjon: Pasienten observeres for følgende atferdsmønster/reaksjon først i hvile (enten pasienten er i sengen eller sitter fremme) deretter ved bevegelser/aktivitet (passive bevegelser eller aktive bevegelser f. eks. når pasienten reiser seg fra sittende. Både over- og underekstremiteter må testes). 0 dersom atferden ikke er observert og 1 poeng dersom atferden er tilstede, selv om den bare ble observert for et kort øyeblikk ved bevegelse/aktivitet eller i hvile/ro. Totalsum = sum "ved bevegelse" + sum "i hvile/ro". Det er ikke noe grenseverdi for hva som indikerer smerte. Tilstedeværelse av én indikator **kan** være uttrykk for smerte og krever ytterligere vurdering eller observasjon, eventuelt justering av tiltak som allerede er iverksatt.

Atferd	Ved bevegelse	I hvile/ro
1. Vokale klager: ikke-verbale uttrykk (stønner, ynker, roper, skriker, puster tungt, sukker)		
2. Ansiktsgrimaser/rykker til, skvetter til (rynker øyebryn, kniper øynene sammen, kniper leppene sammen, biter tennene sammen, "gisper plutselig", lidende uttrykk)		
3. Klamre (klamrer eller holder seg i sengegrind, seng, stol, eller annen gjenstand)		
4. Uro (ustanselig eller periodevis stillingsendring, rugging, beveger hendene til stadighet eller i perioder, er ikke i stand til å sitte i ro)		
5. Gnir eller masserer det affiserte område		
6. Vokale klager: verbale uttrykk (gir verbalt uttrykk for ubehag eller smerte [au, "det gjør vondt"], bevegelser utløser bannord eller eder; høylydte protester [f.eks. "stopp", "det er nok"])		
Subtotal sum		
Sum		

Vedlegg 2: Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: Utfordringer og dilemmaer	- utforske erfaringene sykepleierene har med smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens	- kvalitativ forskning - fokusgruppeintervjuer og en semistrukturert intervjuguide	- sykepleiere ansatt ved geriatrike avdelinger ved to ulike sykehus og en respektiv skjermet enhet for personer med demens ved et kommunalt sykehjem	sykepleierne har gode kunnskaper om smertelindring, men mangelfull kartlegging og ingen rutiner for smertelindring kan føre til at valg av smertelindrende tiltak vil virke tilfeldig foretatt. Det er behov for økt kunnskap om smertekartlegging og smertelindring til pasienter med demens.
Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment	- undersøke smertevurdering, klager og smertebehandling av sykehjems-pasienter i henhold til mental tilstand	- kvantitativ forskning - tverrsnittstudie er benyttet.	- 125 pasienter fra 3 ulike sykehjem	- Logistisk regresjonsanalyse viste at pasienter med demens diagnose hadde mindre sannsynlighet for å motta smertestillende medikamenter ved behov
The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI): testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes	- teste ut smerteska-laen CNPI på norske sykehjem ift pasienter med demens og kognitiv svikt	- Kvantitativ forskning - Pasientens atferd ble kartlagt sengeliggende , under morgenstell og ved mobilisering. Den samme personen gjorde kartleggingen to påfølgende dager, mens en annen pleier utførte kartleggingen en tredje dag.	- 46 pasienter med en demensdiagnose eller kognitiv svikt fra 7 forskjellige sykehjem	- studiens test-retest viser at resultater ved bruk av CNPI er pålitelige og gyldige når verktøyet brukes av sykehjemsansatte i deres daglige arbeid.
Pain treatment in elderly persons with and without dementia	- undersøke om personer med demens har like stor sannsynlighet for å motta medikamentell smertebehandling som personer uten demens, og om bruk av psykofarmaka er relatert til smerte hos personer med/uten demens.	- Kvantitativ forskning -brukt baseline data fra SNAC - K og analysert bruk av analgetika og psykofarmaka , forekomst av smerterelaterte diagnoser, selvrapportert smerte og kognitiv status	- 2610 institusjonaliserte og hjemmeboende eldre i alderen > 65 år	- personer med demens rapportert smerte sjeldnere enn personer uten demens - personer med demens hadde en høyere sannsynlighet for bruk av paracetamol og psykofarmaka , mens det var ingen signifikante forskjeller i bruk av analgetika, opioider og NSAIDs.

